

New Patient Questionnaire
General Medical Information/Información médica general:

What is your main problem? *¿Cuál es su problema principal?* Low Back Pain/Dolor lumbar (espalda) Neck Pain/Dolor de cuello
 Leg Pain/Dolor de piernas Arm Pain/Dolor de brazos Other /Otro _____

Primary Care Physician **and** Referring Doctor Name/ Nombre del médico de cabecera **y** del médico remitente:

On a scale of 0-10, how would you rate your pain? *En una escala de 0 a 10, ¿qué nivel le daría a su dolor?* _____

Please describe your current complaint/Describa su molestia actual:

- How did your problem start? /¿Cómo comenzó el problema?** Date of Onset/Fecha de aparición _____
 Gradually/Gradualmente Suddenly/Repentinamente Accident/Injury/Accidente/Lesión Other/Otro _____
 - What type of pain/symptoms? /¿Qué tipo de dolor/síntomas tiene?**
 Numbness/Entumecimiento Weakness/Debilidad Tingling/Hormigueo Stiffness/Rigidez
 Swelling/Hinchazón Other/Otro _____
 - Have you experienced any loss of bowel or bladder control? /¿Ha experimentado pérdida del control de las deposiciones o de la vejiga?**
 Yes/Sí No/No
 - What worsens your problem? /¿Qué empeora su problema?**
 Exercise/Ejercicio Sitting/Lying Down/Estar sentado(a) o acostado(a) Standing/Estar parado(a)
 Walking/Caminar Stairs/Escaleras Other/Otro _____
 - How often do you have pain? /¿Con qué frecuencia siente dolor?**
 Getting Better/Está mejorando Constant/Constante Intermittent/Intermitente Getting Worse/Está empeorando
 No Pain/Sin dolor Other/Otro _____
 - What helps your pain? /¿Qué ayuda a aliviar su dolor?**
 Pain Medication/Medicina para el dolor Massage/Masajes Heat/Calor Ice/Hielo
 Nothing/Nada Other/Otro _____
 - What are you unable to do because of your pain? /¿Qué actividades no puede hacer debido al dolor?**
 Sit/Sentarse Stand/Walk/Pararse/Caminar Cook/Clean/Cocinar/Limpiar Shop/Ir de compras
 Work /Trabajar Hobbies/Pasatiempos Other/Otro _____
 - Have you had any of the following treatment for your current problem? /¿Ha recibido alguno de estos tratamientos para su problema actual?**
 Physical Therapy/Terapia física Medication/Medicamentos Injections/Inyecciones Surgery/Cirugía
 Chiropractic Treatments/Tratamientos quiroprácticos
 - Have you had any of the following tests for your current problem within the last 7 years? /¿Se ha realizado alguno de estos estudios para su problema actual en los últimos 7 años?**
 MRI/Resonancia magnética X-Rays/Radiografías CT Scan/Tomografía computarizada
 Other/Otro _____
- Did you bring them with you? /¿Los trajo con usted?** Yes/Sí No/No
- Will your visit involve Workman's Compensation? / ¿Su visita tiene que ver con Compensación al Trabajador?**
 Yes/Sí No/No
 - If this is the result of an accident/injury, are you involved in a lawsuit or have a lawyer? /Si éste es el resultado de un accidente o lesión, ¿está involucrado(a) en una demanda judicial o tiene un abogado?**
 Yes/Sí No/No

12. Are you currently working?/¿Trabaja en la actualidad? Full Time/tiempo completo Part Time/A tiempo
parcial Not Working/No trabaja Retired /Se jubiló

Please identify CURRENT painful areas in your body by **MARKING** appropriate areas/ **MARQUE** las áreas apropiadas para identificar las áreas que le duelen EN ESTE MOMENTO:

Please tell us more about the pain areas/weakness/numbness you are having/Proporcione más información sobre el dolor, la debilidad o el entumecimiento que siente:

